POUR PLUS D'INFORMATION

Retrouvez ce mode d'emploi en vidéo sur notre site.

NOUS SOMMES À VOTRE DISPOSITION AU :
09 70 80 97 00 code 65 (appel non surtaxé).

Vous pouvez consulter notre site :
www.sante-boucherie.fr

LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD



La Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes Force ouvrière.
7, passage Tenaille – 75680 PARIS Cedex 14
Tél. : 01 40 52 85 10



La Fédération CFTC des Commerces, des services et de la force de vente.
128, avenue Jean Jaurès – 93697 PANTIN Cedex
Tél. : 01 73 30 49 00



La Fédération nationale Agroalimentaire CFE-CGC.
73, rue de Clichy – 75009 PARIS
Tél. : 01 56 02 66 36



La Fédération générale Agroalimentaire CFDT.
47/49, avenue Simon Bolivar – 75019 PARIS
Tél. : 01 56 41 50 50



La Fédération nationale Agroalimentaire et forestière CGT.
263, rue de Paris – Case 428
93514 MONTREUIL Cedex
Tél. : 01 55 82 84 45

AG2R PRÉVOYANCE, membre du groupe AG2R LA MONDIALE - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - 35, boulevard Brune 75014 Paris
Membre du GIE AG2R.





SANTÉ

Convention Collective Nationale de la Boucherie, Boucherie-Charcuterie, Boucherie Hippophagique, Triperie, Commerce de Volailles et Gibiers

MODE D'EMPLOI SALARIÉ

082013-21763-MDE_salarie-A5.indd 1-2 18/10/13 14:16

COMMENT S'AFFILIER AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ ?

SI VOUS AVEZ PLUS D' 1 MOIS D'ANCIENNETÉ DANS VOTRE ENTREPRISE, VOTRE EMPLOYEUR VOUS A REMIS UNE NOTICE ET UN BULLETIN D'AFFILIATION POUR ADHÉRER AU RÉGIME CONVENTIONNEL DE LA PROFESSION.

NB : l'accord frais de santé de votre branche prévoit des cas de dispenses d'affiliation. Si vous souhaitez être dispensé d'affiliation et renoncer à ce régime frais de santé, demandez à votre employeur le bulletin de dispense d'affiliation.

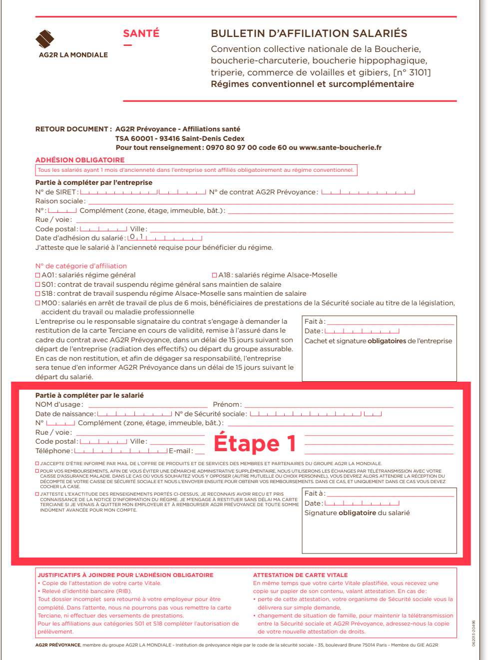
1/ Complétez et signez votre bulletin d'affiliation remis par votre employeur.

2/ Si vous souhaitez améliorer vos remboursements, choisissez une des 2 options surcomplémentaires et facultatives.
Dans ce cas :
- cochez la case de l'option choisie,
- indiquez la date à laquelle vous souhaitez être couvert par l'option en complément de votre régime de base,
- complétez l'autorisation de prélèvement car la cotisation de l'option sera directement prélevée sur votre compte bancaire tous les mois.

3/ Collectez les pièces nécessaires suivantes :
- votre attestation de droits Sécurité sociale*,
- votre RIB pour que vos remboursements soient directement versés sur votre compte bancaire.

* Pour obtenir votre attestation de droits Sécurité sociale, connectez-vous sur www.ameli.fr, rubrique « Mon compte ».

4/ Remettez l'ensemble des documents à votre employeur :
- bulletin d'affiliation,
- attestation de droits Sécurité sociale,
- RIB,
- autorisation de prélèvement si vous avez choisi une option.



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION SALARIÉS
Convention collective nationale de la Boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers, [n° 3101]
Régimes conventionnel et surcomplémentaire

RETOUR DOCUMENT : AG2R Prévoyance - Affiliations santé
TSA 60001 - 93416 Saint-Denis Cedex
Pour tout renseignement : 0970 80 97 00 code 60 ou www.sante-boucherie.fr

ADHÉSION OBLIGATOIRE
Tous les salariés ayant 1 mois d'ancienneté dans l'entreprise sont affiliés obligatoirement au régime conventionnel.

Partie à compléter par l'entreprise
N° de SIRET : N° de contrat AG2R Prévoyance :
Raison sociale :
N° : Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :
Rue / voie :
Code postal : Ville :
Date d'adhésion du salarié : 0 1
J'atteste que le salarié à l'ancienneté requise pour bénéficier du régime.

N° de catégorie d'affiliation
- ☐ A01 : salariés régime général
- ☐ A18 : salariés régime Alsace-Moselle
- ☐ S01 : contrat de travail suspendu régime général sans maintien de salaire
- ☐ S18 : contrat de travail suspendu régime Alsace-Moselle sans maintien de salaire
- ☐ M00 : salariés en arrêt de travail de plus de 6 mois, bénéficiaires de prestations de la Sécurité sociale au titre de la législation, accident du travail ou maladie professionnelle

L'entreprise ou le responsable signataire du contrat s'engage à demander la restitution de la carte Terciane en cours de validité, remise à l'assuré dans le cadre du contrat avec AG2R Prévoyance, dans un délai de 15 jours suivant son départ de l'entreprise (radiation des effectifs) ou départ du groupe assurable. En cas de non restitution, et afin de dégager sa responsabilité, l'entreprise sera tenue d'en informer AG2R Prévoyance dans un délai de 15 jours suivant le départ du salarié.

Fait à :
Date :
Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

Partie à compléter par le salarié
NOM d'usage : Prénom :
Date de naissance : N° de Sécurité sociale :
N° Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :
Rue / voie :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :

Étape 1

☐ J'ACCEPTE D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE AG2R LA MONDIALE.

☐ POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER UNE DÉMARCHE ADMINISTRATIVE SUPPLÉMENTAIRE, NOUS UTILISERONS LES ÉCHANGES PAR TÉLÉTRANSMISSION AVEC VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. DANS LE CAS OÙ VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER (AUTRE MUTUELLE OU CHOIX PERSONNEL), VOUS DEVREZ ALORS ATTENDRE LA RÉCEPTION DU DÉCOMPTE DE VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET NOUS L'ENVOYER ENSUITE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. DANS CE CAS, ET UNIQUEMENT DANS CE CAS VOUS DEVEZ COCHER LA CASE.

☐ J'ATTESTE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS CI-DESSUS, JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION DU RÉGIME. JE M'ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TERCIANE SI JE VENAIS À QUITTER MON EMPLOYEUR ET À REMBOURSER AG2R PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDÛMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

Fait à :
Date :
Signature **obligatoire** du salarié

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE
- Copie de l'attestation de votre carte Vitale.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).

Tout dossier incomplet sera retourné à votre employeur pour être complété. Dans l'attente, nous ne pourrons pas vous remettre la carte Terciane, ni effectuer des versements de prestations.
Pour les affiliations aux catégories S01 et S18 compléter l'autorisation de prélèvement.

ATTESTATION DE CARTE VITALE
En même temps que votre carte Vitale plastifiée, vous recevez une copie sur papier de son contenu, valant attestation. En cas de :
- perte de cette attestation, votre organisme de Sécurité sociale vous la délivrera sur simple demande,
- changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre la Sécurité sociale et AG2R Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

AG2R PRÉVOYANCE, membre du groupe AG2R LA MONDIALE - Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale - 35, boulevard Brune 75014 Paris - Membre du GIE AG2R

062013-20496

Bulletin d'affiliation - recto

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE
Régime surcomplémentaire facultatif
Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 2 options ci-dessous.
N° de contrat AG2R Prévoyance : OEF8681M

Cochez l'option choisie	Salarié
☐ OPTION 1 (O01)	10 €
☐ OPTION 2 (O02)	20 €

Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire.
Pour cela, veuillez remplir l'autorisation de prélèvement jointe.

La date d'adhésion au régime surcomplémentaire doit être postérieure ou égale à la date d'adhésion au régime conventionnel obligatoire.
Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1 (Si non renseignée, c'est la date du régime conventionnel obligatoire qui sera retenue)

COMMERCIALISATION PAR UNE TECHNIQUE DE VENTE À DISTANCE ☐ OU DÉMARCHAGE ☐

J'ATTESTE AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DES INFORMATIONS VISÉES PAR LES ARTICLES L.932-15-1 ET R.932-2-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI SONT REPRODUITS DANS LA NOTICE D'INFORMATION DU RÉGIME. JE M'ENGAGE À UTILISER LA LANGUE FRANÇAISE PENDANT LA DURÉE DE L'ADHÉSION.

J'ACCEPTE QUE MON ADHÉSION AUPRÈS D'AG2R PRÉVOYANCE COMMENCE À S'EXÉCUTER À PARTIR DE LA DATE DE SIGNATURE FIGURANT SUR LE BULLETIN D'AFFILIATION ET JE RECONNAIS AVOIR ÉTÉ INFORMÉ DU MONTANT DES COTISATIONS DUES. JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE QUE JE BÉNÉFICIE D'UN DROIT À RENONCIATION DANS LES CONDITIONS DÉFINIES DANS LA NOTICE D'INFORMATION.

J'AUTORISE AG2R PRÉVOYANCE À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION SALARIÉS RELEVANT DE LA CCN BOUCHERIE, BOUCHERIE-CHARCUTERIE, BOUCHERIE HIPPOPHAGIQUE, TRIPERIE, COMMERCE DE VOLAILLES ET GIBIERS.

JE M'ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TERCIANE SI JE VENAIS À QUITTER MON EMPLOYEUR ET À REMBOURSER AG2R PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDÛMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

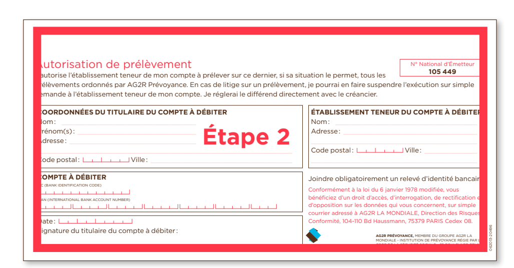
JUSTIFICATIF À JOINDRE POUR L'ADHÉSION FACULTATIVE
- Autorisation de prélèvement complétée.

Fait à :
Date :
Signature **obligatoire** du salarié

Étape 2

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.

Bulletin d'affiliation - verso



Autorisation de prélèvement

N° National d'Émetteur **105 449**

autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par AG2R Prévoyance. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
Code postal : Ville :

Étape 2

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER
Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :

COMPTE À DÉBITER
BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)
IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Date :
Signature du titulaire du compte à débiter :

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE

062013-20496

Autorisation de prélèvement



Vous recevrez chez vous votre carte de tiers-payant Terciane pour bénéficier de l'avance des frais.

Vous recevrez également votre kit salarié :
- votre guide pratique de gestion,
- les documents pour couvrir votre famille,
- la fiche de correspondance pour modifier votre contrat.